



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 12 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 12 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ (ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)	ИМЯ РЕБЕНКА		ДАТА РОЖДЕНИЯ		
	АЛЛЕРГИИ		ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА		
	ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ				
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок пьет из чашки. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок ест разнообразную пищу. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.		<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок может издавать звуки. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Мой ребенок старается вставать.		
	WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____	
<input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history		Elimination _____			
		Sleep _____			
Screening:		<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A			
Hearing			<input type="checkbox"/> Hct/Hgb		
Vision			<input type="checkbox"/> Lead Exposure <input type="checkbox"/> Dental Referral		
Development			<input type="checkbox"/> Review Immunization Record		
Behavior			<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish		
Social/Emotional			Health Education/Anticipatory Guidance: (Check all completed)		
Gross Motor			<input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Passive Smoke		
Fine Motor			<input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat		
Physical:	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding/colic <input type="checkbox"/> Fever		
General appearance			<input type="checkbox"/> Teeth Cleaning <input type="checkbox"/> Weaning <input type="checkbox"/> Language Stimulation		
Skin			<input type="checkbox"/> Discipline Limits <input type="checkbox"/> Child care		
Head/Fontanelle			<input type="checkbox"/> Other: _____		
Eyes			Assessment: _____ _____ _____		
Ears					
Nose					
Oropharynx					
Neck					
Nodes					
Mental Health					
Describe abnormal findings: _____ _____ _____					
				IMMUNIZATIONS GIVEN	
				REFERRALS	
NEXT VISIT: 18 MONTHS OF AGE				HEALTH PROVIDER NAME	
HEALTH PROVIDER SIGNATURE				HEALTH PROVIDER ADDRESS	

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (12 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Check with local health department for fluoride concentration in local water supply, then use clinical judgment in screening. Look for white spots or decay on teeth. Check for history of decay in family.

Lead Screen

Screen infants for these risk factors:

- Live in or frequently visit day care center, preschool, baby sitter's home or other structure built before 1950 that is dilapidated or being renovated.
- Come in contact with other children with known lead toxicity (i.e., blood lead 15 ug/dl).
- Live near a lead processing plant or with parents or household members who work in a lead-related occupation (e.g., battery recycling plant).

Polio Virus Vaccine

Give a dose of inactivated polio virus (IPV) vaccine:

- at 2 months.
- at 6-18 months.
- at 4 months.

Developmental Milestones

Always ask parents if they have concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communications Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Stands alone 2 seconds.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Walks with help. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Says "Dada" and Mama" specifically. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Responds to "no".</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Precise pincer grasp. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indicates wants by pointing or gestures. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Responds to "pat-a-cake" or waving "bye-bye".</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Bangs 2 blocks together.</u> |
|
 | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Avoids eye contact. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Concerned child cannot hear or "tunes out." |

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even one of the underlined items, or if you have checked one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies with questions or concerns on childhood development.**



ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР РЕБЕНКА – МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 12 МЕСЯЦЕВ
WELL CHILD EXAM - INFANCY: 12 MONTHS

(Соответствует нормам EPSDT)

ДАТА

МЛАДЕНЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ: 12 МЕСЯЦЕВ

ДАННЫЕ О РЕБЕНКЕ
(ЗАПОЛНЯЮТСЯ РОДИТЕЛЕМ)

ИМЯ РЕБЕНКА	ДАТА РОЖДЕНИЯ
АЛЛЕРГИИ	ПРИНИМАЕМЫЕ В НАСТОЯЩИЙ МОМЕНТ ЛЕКАРСТВА
ЗАБОЛЕВАНИЯ/НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ/ПРОБЛЕМЫ/БЕСПОКОЙСТВА СО ВРЕМЕНИ ПОСЛЕДНЕГО ПОСЕЩЕНИЯ	
<p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Нет</p> <p>Мой ребенок пьет из чашки.</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Нет</p> <p>Мой ребенок может издавать звуки.</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Нет</p> <p>Мой ребенок ест разнообразную пищу.</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Нет</p> <p>Мой ребенок старается вставать.</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Нет</p> <p>Я обеспокоен(а) тем, что у меня слишком часто бывают периоды грусти.</p>	

ВЕС, КГ/УНЧИЙ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	РОСТ, СМ/ДЮЙМОВ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	ОКРУЖНОСТЬ ГОЛОВЫ (ПРОЦЕНТИЛЫ)	Питание _____	
<input type="checkbox"/> Проверка систем организма <input type="checkbox"/> Проверка семейного анамнеза			Выделения _____	
			Сон _____	
			<input type="checkbox"/> Гематокрит/гемоглобин <input type="checkbox"/> Воздействие свинца <input type="checkbox"/> Направление к стоматологу <input type="checkbox"/> Проверка карты прививок <input type="checkbox"/> Фтористые добавки <input type="checkbox"/> Фтор-лак <p>Санитарное просвещение/заблаговременные указания: (отметьте пройденные темы)</p> <input type="checkbox"/> Планирование семьи <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Пассивное курение <input type="checkbox"/> Развитие <input type="checkbox"/> Безопасность <input type="checkbox"/> Подходящее детское автомобильное сиденье <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> Живот <input type="checkbox"/> Половые органы <input type="checkbox"/> Позвоночник <input type="checkbox"/> Конечности <input type="checkbox"/> Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> Походка	
Обследования: Слух <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Зрение <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Развитие <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Поведение <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Социальное/ эмоциональное развитие <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Грубая моторика <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Тонкая моторика <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Нарушения: Общий внешний вид <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Кожа <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Голова/родничок <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Глаза <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Уши <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Нос <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Ротовая полость <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Шея <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Лимфатические узлы <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Психическое здоровье <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть			Нет <input type="checkbox"/> Есть <input checked="" type="checkbox"/> Грудная клетка <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Легкие <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Сердечно-сосудистая система/пульс <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Живот <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Половые органы <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Позвоночник <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Конечности <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Неврологическое состояние <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть Походка <input type="checkbox"/> Нет <input checked="" type="checkbox"/> Есть	Связь с младенцем <input type="checkbox"/> Кормление/колики <input type="checkbox"/> Жар Чистка зубов <input type="checkbox"/> Отлучение от груди <input type="checkbox"/> Стимулирование развития речи Дисциплина/ограничения <input type="checkbox"/> Уход за детьми Другое: _____ Оценка: _____
Опишите выявленные нарушения:			<input type="checkbox"/> СДЕЛАННЫЕ ПРИВИВКИ <input type="checkbox"/> НАПРАВЛЕНИЯ	
СЛЕДУЮЩЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ: В ВОЗРАСТЕ 18 МЕСЯЦЕВ			ИМЯ ВРАЧА ИЛИ НАЗВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	
ПОДПИСЬ ВРАЧА			АДРЕС ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	

Здоровье вашего малыша в возрасте 12 месяцев

Важнейшие моменты

Как развивается ваш малыш в возрасте от 12 до 18 месяцев

Произносит все больше и больше слов: 3-10 слов – к 15 месяцам, 15-20 слов – к 18 месяцам.

Складывает 2-3 кубика.

Хорошо ходит, поднимается по ступенькам с вашей помощью.

Знает названия некоторых частей тела (таких как глаза, нос, уши) и может их показать.

Следует простым указаниям.

Играя с ребенком, вы учите его новым вещам.

Помощь или подробная информация

Вопросы по уходу за детьми: Сеть ресурсов и направлений по уходу за детьми штата Вашингтон (Washington State Child Care Resource and Referral Network):
1-800-446-1114.

Поддержка родителей, имеющих детей с особыми потребностями: Программа штата Вашингтон «Родитель – родителю» (Washington State Parent to Parent Program) – 1-800-821-5927.

Предотвращение отравлений: Центр помощи при отравлениях штата Вашингтон (Washington Poison Center) – 1-800-732-6985 или 1-800-572-0639 (TTY); звоните 911 в случае экстренной ситуации.

Здоровье и развитие детей, прививки: Справочно-информационная линия программы «Здоровые мамы – здоровые дети» (Healthy Mothers, Healthy Babies) – 1-800-322-2588 или 1-800-833-6388 (TTY).

Советы по сохранению здоровья

Делайте прививки ребенку вовремя, чтобы защитить его от многих очень серьезных заболеваний. Если вы пропустили какие-либо прививки, запишитесь на прием, чтобы их сделать. Берите с собой на медицинские осмотры карту прививок ребенка. Если у вас есть вопросы о прививках, обратитесь с ними к врачу или медсестре.

К этому времени ваш ребенок уже должен есть разнообразную питательную твердую пищу. Небольшие кусочки мягкой пищи с общего стола могут быть именно тем питанием, что сейчас нужно ребенку.

Если ваш ребенок пил из бутылочки, начните приучать его к чашке. Если вы все еще кормите ребенка грудью, продолжайте это делать!

Чистите ребенку зубы не реже одного раза в день. Начните использовать небольшое количество (размером с горошину) зубной пасты, содержащей фтор. Отведите ребенка на первый в его жизни осмотр у стоматолога.

Советы по воспитанию детей

Играйте, читайте и разговаривайте с ребенком каждый день. Повторяйте песни и детские стишки, которые ему нравятся.

Говорите ребенку о том, что ему делать. Помните, он еще не настолько подрос, чтобы делать все то, что вы просите! Он может понимать больше слов, чем может произнести. Хвалите ребенка, когда он сделал то, что вы хотели.

Советы по безопасности

По мере того, как ребенок учится ходить и лазить, убедитесь в том, что ваш дом – безопасное для ребенка место, которое он может исследовать. Следите за чистотой полов, храните ядовитые вещества в шкафу, куда не может забраться ребенок, бьющиеся вещи ставьте на верхние полки, закрывайте специальные защитные ворота у лестниц.

Маленькие дети могут подавиться маленькими предметами. Храните маленькие, твердые, круглые предметы (монеты, маленькие кубики) в недоступных для детей местах. Не давайте ребенку кусочки пищи круглой формы, например, кусочки сосиски, виноград или орехи.

Усаживайте ребенка в специальное детское автомобильное сиденье. Когда ему исполнится один год, вы можете возить его лицом вперед, если он уже набрал 20 фунтов (около 9 кг).